UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946 N° 96

De la symphyse du péritoine

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en octobre 1946

PAR

Maurice CASSAN

MEMBRES DU JURY ... MM. BOULARAN, *Président.*
MOREL,
DIEULAFÉ, *Assesseurs.*
RIEUNAU,
P. DAMBRIN, *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1946

DE LA SYMPHYSE DU PÉRITOINE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER GORSE

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MERIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	VALLOIS CLERMONT
Histologie et embryologie	N...
Pathologie interne	MOREL
Clinique médicale	TAPIE ROQUES
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et max illo-faciale	CALVET

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Matière médicale	VINCENT
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Histoire naturelle	DELAS
Médecine légale et déontologie	N...
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Chimie biologique	MONNIER (P.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,	Obstétrique	GUILHEM

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol. élém. aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Histologie	CALVET
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	N.
Chimie minérale	BLANC
Stomatologie	CADENAT
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZER,
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Microbiologie	BOUISSET
Bactériologie	LAPORTE,

	MM.
Obstétrique	GUILHEM,
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.)
Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	N.
Pharmacodynamie	BOUNHOURE,
Thérapeutique	N.
Médecine du travail et Assur. soc.	BOUNHOURE,
Clinique O. R. L.	CLAUX,
Parasitologie	LASSERRE
Neuro-chirurgie	LAZORTHES,

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Histologie	MAYER,
Médecine	PLANQUES DARNAUD, GERAUD, c GADRAT, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Anatomie	LAZORTHES.

	MM.
Chirurgie	VIRENQUE GRIMOUD, DIEULAFE, RIEUNAU, DAMBRIN (P.).
Physique médicale	MARQUES,
Chimie	VALDIGUIE BLANC
Ophtalmologie	DIODATI,

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946 N° 96

De la symphyse du péritoine

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en octobre 1946

PAR

Maurice CASSAN

MEMBRES DU JURY.... MM. BOULARAN, *Président.*
MOREL, DIEULAFÉ, RIEUNAU, *Assesseurs.*
P. DAMBRIN, *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1946

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MES PARENTS

Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon affection.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MA FIANCÉE

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédique

Que je remercie du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREL

Professeur de Pathologie interne

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFÉ

Professeur agrégé à la Faculté

Qui a voulu nous confier le sujet de cette thèse et que nous remercions de la bienveillance qu'il a mise à faciliter notre tâche.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIEUNAU

Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMBRIN

Professeur agrégé à la Faculté

INTRODUCTION

Depuis que la localisation péritonéale de la tuberculose fut pressentie par ANDRAL et isolée par LOUIS en 1825, on a multiplié à l'infini les formes cliniques. Les lésions les plus intéressantes, pour l'étude que nous entreprenons, sont celles de la péritonite fibro-adhésive. Le processus fibreux peut s'étendre, englober peu à peu tous les organes contre-péritonéaux et réaliser ainsi une symphyse.

M. le Professeur DIEULAFÉ a bien voulu nous confier l'observation d'une malade qu'il a eue dans sa clinique et nous signale une autre intervention à laquelle il a assisté et où il y a eu impossibilité opératoire complète, aucun décollement d'anse intestinale n'ayant pu être fait.

Il nous a montré l'intérêt qu'il y aurait d'approfondir l'étude de cette affection. Trop souvent elle est une « surprise chirurgicale ». Il faut, derrière la description de simple colique que fait le malade, savoir

dénutrition, la grossesse, sont des facteurs qui ne doivent être négligés comme l'a signalé P. LECOINTRE.

Ce sont également celles qui entraînent une diminution de l'immunité acquise antérieurement d'où le rôle important joué par les maladies anergisantes.

II. — ROLE DE LA SYPHILIS

Il a été bien étudié par M. LETULLE, qui dit : « La syphilis frappe le péritoine beaucoup plus souvent que l'on ne pense et les désordres qu'elle y détermine, ne peuvent échapper à l'anatomo-pathologiste ».

Mais la syphilis ne frappe pas le péritoine à toutes les périodes de son évolution. « La syphilis héréditaire et tertiaire, doit être rendue responsable des différentes modalités de la péritonite syphilitique ». (DAVIGO).

D'autre part, FRITEAU et SWEDIAUR, BIETT et ALIBERT s'accordent à reconnaître l'influence des maladies aiguës sur le développement des affections syphilitiques. Il est possible, aussi, que le traumatisme puisse favoriser le développement des lésions sur la séreuse péritonéale.

III. — AUTRES CAUSES

a) *Microbes de suppuration aiguë.* — Ils ont été incriminés par plusieurs auteurs. Mais il y a bien peu de cas où on retrouve, dans les antécédents des malades, un épisode aigu. Il est bien plus probable qu'il

s'agisse d'une diminution de la résistance de l'organisme à une infection.

b) *Les traumatismes.* — Nous tendons à penser qu'ils agissent comme agent modificateur susceptible de favoriser la localisation sur la région traumatisée d'une infection chronique latente.

c) Enfin, comme en matière d'étiologie, il faut avoir la prudence de réserver l'avenir, il n'est pas impossible qu'il existe des symphyses de cause inconnue. M. FABRE, de Lyon, a pu parler ainsi de certaines périvisiérites qui n'étaient manifestement ni tuberculeuses, ni syphilitiques.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

I. — SYMPHYSE PERITONEALE TUBERCULEUSE

Les trois lésions types de la tuberculose peuvent se trouver associées ici. Et cette association, permet de supposer qu'il s'agit d'un processus chronique longtemps latent qui, sous l'action de certaines influences, subit brusquement une poussée aiguë se manifestant par les symptômes étudiés précédemment.

Les granulations et les tubercules se sclérosant, prennent le caractère fibreux. Parfois, leur calcification est si intense qu'ils peuvent simuler des calculs à la radio. (SICARD et ROBINEAU).

Les fausses membranes s'organisent par bourgeonnement des capillaires voisins, deviennent de véritables formations autonomes. Elles relient les anses entre elles sous forme de plaques, de bandes ou de brides fibreuses, diminuent leur mobilité, les soudent à la paroi, englobent les viscères voisins et gênent leur fonctionnement.

En outre elles ont tendance à se rétracter peu à

peu et ramènent lentement les viscères et la paroi contre le rachis.

Enfin, elles envoient des expansions fibrenses à l'intérieur des viscères, déterminant des cirrhoses viscérales. En somme, elles entraînent une foule de troubles et de complications presque uniquement mécaniques, mais que l'intervention chirurgicale est souvent capable de guérir.

A l'examen des lésions constituées, telles qu'on les voit sur la table d'autopsie, on peut décrire les formations fibreuses comme étant constituées de faisceaux serrés de fibrilles connectives minces, dépourvues de fibres élastiques, pauvres en cellules fixes, disposées en couches onduleuses. On y trouve de larges et nombreux vaisseaux sinueux. Ce sont des capillaires dilatés, à parois purement endothéliales, des veines, des artères et même des lymphatiques.

Il existe très souvent des foyers hémorragiques. Enfin, on y trouve de la matière fibrinoïde épaisse, au milieu de laquelle on trouve parfois un follicule tuberculeux typique ou des cellules géantes en grand nombre ou simplement de petits amas de cellules épithélioïdes qui font penser à la tuberculose.

Lorsqu'elles sont très anciennes, ces adhérences sont friables et saignent facilement. Mais le plus souvent, complètement organisées, elles sont grisâtres, crissantes, difficiles à décoller.

Associations. — Aux lésions du péritoine sont associées des lésions des organes périphériques.

— Le foie présente de petites altérations cirrhotiques précisées par l'histologie. La capsule de Glisson est épaisse et scléreuse.

— La rate est entourée de périsplénite comparable à la péri-hépatite.

— L'intestin est englobé dans la masse scléreuse du péritoine blanc nacré qui crie sous le couteau.

II. — SYMPHYSE PERITONEALE SYPHILITIQUE

Les adhérences présentent un aspect lavé, un ton blanc nacré. Les anses grêles apparaissent beaucoup moins nombreuses qu'à l'état sain et sont écrasées par un épais glacis de péritonite scléreuse.

L'examen histologique montre une hypertrophie considérable du tissu conjonctif interposé entre les muqueuses et les fibres élastiques.

Dès que la syphilis a pris pied dans l'épaisseur de la séreuse, le tissu conjonctivo-vasculaire de l'organe s'hyperhémie, s'infiltre d'éléments lymphocytaires, voire même de « follicules » élémentaires ou de gommes miliaires. Mais surtout, il perd de son « armature élastique » une partie plus ou moins importante, lésion irrémédiable et nutilation indélébile.

Quoi qu'il en soit, le spirochète se fixe à fond là où il vient d'installer ses colonies. Une péritonite néomembraneuse s'y développe. Le péritoine se sclérose, les mutilations restent et les cicatrices déformantes poursuivent leur évolution.

« La sérite syphilitique diffère profondément de la sérite tuberculeuse en ce qu'elle élabore un tissu néoconjonctivo-vasculaire rapidement scléreux et qu'elle laboure de fond en comble l'armature élastique ». (LETULLE).

Pourquoi n'y a-t-il pas formation de symphyse dans les péritonites aiguës ?

Considérons une infection utérine puerpérale aiguë. Elle a réalisé dans les voies lymphatiques une véritable injection de streptocoques. Les germes pathogènes pullulent alors avec une telle rapidité qu'ils créent une toxémie mortelle avant que le péritoine ait pu ébaucher sa défense.

S'il s'agit au contraire d'une infection ralentie, la limitation du processus se dessine et la réaction de défense de la séreuse se manifeste. Les dépôts d'exudat fibrineux, par leur organisation progressive, cloisonnent la grande cavité et circonscrivent l'infection. Ainsi la suppuration due aux pyogènes se fera dans un foyer clos, enkysté dans les néo-membranes. Et l'infection étant limitée, le processus fibreux sera limité aussi.

Au contraire dans l'infection tuberculeuse, la syphilis, les bacilles et leurs toxines, ou les tréponèmes, envahissent progressivement toute la cavité par voie lymphatique ou sanguine. Il s'agit d'une infection atténuée et généralisée et le processus de défense sera aussi, peu à peu généralisé.

La production de symphyse dans les péritonites aiguës ne semblerait pouvoir se faire que dans les cas où il persiste, comme le prétendent certains auteurs, un reliquat chronique d'inflammation après l'épisode aigu.

CHAPITRE III

Symptomatologie

Nous prendrons pour type la symphyse consécutive à une péritonite fibro-adhésive d'emblée.

Le début est donc celui de la tuberculose péritonéale fibreuse. Il peut se manifester par des accidents péritonéaux d'allure assez brusque, coliques, vomissements, accompagnés d'une réaction fébrile intense et se faisant toujours par accès. Mais le plus souvent, rien n'attire l'attention du côté du péritoine. Il y a bien des douleurs abdominales, mais sans localisation précise. Le ventre reste souple; parfois on note un peu de météorisme.

A la palpation on peut sentir quelques frottements péritonéaux, de la crépitation neigeuse.

A la percussion, on peut avoir des zones de matité et de sonorité séparées par des lignes sinueuses.

Pendant plus ou moins longtemps, la maladie peut ne donner lieu qu'à des signes fonctionnels rappelant ceux d'une dyspepsie gastro-intestinale.

L'anorexie, les douleurs abdominales vagues, les

alternatives de diarrhée et de constipation, en constituent parfois les seuls symptômes.

Aussi est-il bon de pratiquer toujours l'examen radiologique de ces malades présentant des troubles digestifs d'origine indécise.

A un stade plus avancé, G. CLARET rapporte dans sa thèse une symptomatologie qui paraît être devenue classique.

Elle est constituée par un syndrome physique très particulier. Le ventre apparaît diminué de volume, rétracté en bateau, se soulevant peu avec les mouvements respiratoires.

A la palpation, on sent la masse intestinale dure, plaquée contre le rachis, impossible à dissocier par glissement des muscles de la peau antérieure de l'abdomen et impossible à mobiliser sur les plans profonds. Elle constitue un peloton immobile accolé au rachis. Tous les viscères sont adhérents entre eux. La cavité péritonéale a disparu.

Toute cette masse est traversée de cordes et semée de placards durs, rigides. On sentira fréquemment la corde épiploïque de Velpeau et Aram tendue transversalement et constituée par l'épiploon rétracté.

L'état général est assez satisfaisant, on ne note généralement ni fièvre, ni sueur, ni amaigrissement, mais l'intensité de cette sclérose fait cependant le plus souvent de cette forme une maladie très pénible et d'un pronostic très réservé.

Elle est très pénible en effet, du fait de la fréquence des troubles fonctionnels. Dans certains cas, les adhérences et les rétractions sont si fortes qu'elles obligent le malade à rester penché en avant en permanence,

l'extension du tronc sur les membres inférieurs étant difficile et douloureuse. La compression exercée par le tissu fibreux pourra causer des douleurs névralgiques rebelles à type intercostal ou crural. On pourra avoir aussi de la gêne respiratoire ou de dysurie. Quant aux fonctions digestives elles seront plus ou moins touchées.

Mais bien souvent les signes observés n'auront pas toute la netteté qu'ils ont dans une description. Le syndrome de Kœnig, expression clinique du petit ileus du grêle, résumera parfois toute la symptomatologie d'une tuberculose fibreuse passée jusque-là inaperçue. Il faut savoir la rechercher derrière des troubles digestifs imprécis, accusés par le malade. Nous allons nous y arrêter quelques instants afin d'en montrer l'importance clinique.

Le syndrome de Kœnig au cours des symphyses du péritoine.

A côté de l'occlusion aiguë, complication toujours possible au cours des symphyses péritonéales, on peut constater une occlusion subaiguë ou chronique par obstacle incomplet ou intermittent, et ceci avec une fréquence suffisante pour la faire considérer comme un symptôme.

Il est classique de dire qu'il n'y a entre le tableau de l'occlusion chronique et celui de l'occlusion aiguë, qu'une différence d'intensité, ce qui a permis à GRIMAUD d'écrire que « les principaux signes de l'occlusion aiguë se retrouvent ici, seulement plus atténués.

On retrouve la douleur vive, le ballonnement du ventre, le météorisme. Tous ces signes cèdent à la suite de débâcles ».

Après les altérations de l'état général qui sont en rapport avec la toxémie intestinale, deux grands signes caractéristiques des formes lentes d'occlusion du grêle seront observés : le syndrome de Kœnig est le signe de Ricard-Mathieu.

1° Le syndrome de Kœnig.

C'est KŒNIG, qui le premier a décrit le péristaltisme douloureux, conséquence du rétrécissement de la lumière intestinale. Il débute par une colique brusque à l'occasion d'un excès de table par exemple ou le plus souvent sans raison apparente. L'intestin s'élargit en amont du point sténosé en se remplissant de matières fécales et de gaz. Par une contraction plus violente, il essaie de forcer l'obstacle et c'est alors dit KŒNIG « que se manifeste le bruit de dégagement d'un liquide par un tube étranglé.

« Après cette évacuation, l'intestin s'affaisse, l'accès douloureux est fini. La colique est donc l'avant-coureur d'un acte très utile à l'aide duquel sont chassées les matières fécales à travers le point rétréci ».

Cette colique est toujours très violente et le malade éprouve la sensation « d'avoir un serpent dans le ventre ». Elle peut se manifester aux yeux de l'observateur sous forme d'une reptation de la paroi abdominale. Ces mouvements parfois évidents peuvent être très discrets. Pour les rechercher, on examinera soigneusement la paroi abdominale à jour frisant.

La contraction apparaît surtout dans la région ombilicale, elle se propage sous forme d'une onde douloureuse jusqu'à l'obstacle. Elle est accompagnée d'un bruit de « glouglou » perceptible pour le malade et pour le médecin sous forme de gargouillement.

Contraction et douleur finissent brusquement en même temps. A ce moment-là, des bruits hydro-gazeux annoncent que le barrage est franchi. Ils sont bientôt suivis d'une petite selle diarrhéique.

La période d'accalmie s'étend jusqu'au passage du prochain bol fécal. Ces coliques ne présentent pas un rythme régulier; elles apparaissent à des moments variables, après les repas, tantôt isolées, tantôt se présentant sous forme de crises plus ou moins fréquentes.

Tel est le syndrome de KŒNIG, révélateur d'une obstruction du grêle. S'il se trouve que plusieurs points soient rétrécis, les signes précédents se répètent en cascade; ce sont les coliques étagées de KOOBERLÉ.

2° Le signe de Ricard-Mathieu.

Il est aussi important que le précédent pour le diagnostic des sténoses latentes. Il est dû à l'accumulation de liquide dans une anse progressivement dilatée. Il a été décrit sous le nom de fausse ascite ou de matité déclive. Celle-ci, en effet, quelle que soit la position du malade, occupe les parties basses de l'abdomen et s'accompagne de clapotage intestinal.

SIGNES RADIOLOGIQUES

Modifications d'ordre anatomique. — On trouve ici des distensions aériques ou hydro-aériques qui tranchent par leur luminosité sur le reste de l'intestin. On peut aussi voir la disposition en tuyaux d'orgues avec plusieurs niveaux.

De Quervains a insisté sur l'importance de taches échelonnées le long de l'iléon par répartition irrégulière du baryum. Elle indique souvent la marche vers l'aggravation par accumulation de liquide dans les parties déclives des anses.

Modifications d'ordre physiologique. — Elles se traduisent par des modifications de l'horaire du transit et du péristaltisme. Mais seul un retard appréciable : 8 à 10 heures pour un repas liquide, 12 heures pour un repas alimentaire, doit être pris en considération.

En conclusion, nous devons dire qu'un signe radiologique ne saurait, à lui seul, établir un diagnostic, mais il constitue une indication qu'il appartient à la clinique de préciser.

CHAPITRE IV

Formes cliniques

1° Formes variant suivant l'étiologie.

Nous avons vu que deux grandes affections sclérosantes par excellence, tuberculose et syphilis doivent surtout être considérées dans l'étiologie des symphyses.

En ce qui concerne la symphyse tuberculeuse, nous pouvons distinguer des formes suivant le mode d'apport du B. K. au péritoine : voie digestive, génitale, pleurale, sanguine.

Parmi les formes suivant l'âge, citons la forme de l'enfant isolée par LANDOUZY et GUIRAT en 1883.

Mlle KERN, dans sa thèse, relate une observation qu'il nous paraît intéressant de résumer :

« Il s'agit d'un enfant de trois mois présentant des troubles gastro-intestinaux. Le ventre est un peu volumineux. Une laparatomie montre de nombreux tubercules disséminés et les anses intestinales agglutinées. Il y a également, dans ce cas, un peu d'ascite ».

D'après MOURIQUAND, cette forme succède généralement à une forme ascitique. L'abdomen est un peu

distendu par les anses intestinales et l'enfant accuse des douleurs pendant la période digestive. On perçoit à la main, une crépitation neigeuse due au frottement des surfaces rugueuses et à l'oreille, des bruits aigus dûs au passage des gaz et des liquides d'une anse dans l'autre.

2° Formes suivant la symptomatologie.

Il existe des formes avec élévation de température, des formes apyrétiques; des formes à rechutes où la guérison est momentanée et où la reprise évolutive se fait quelques semaines ou quelques mois plus tard avec poussée congestive fébrile.

Formes à manifestations intestinales.

a) *Formes d'entérite muco-membraneuse ou d'appendice chronique.* — Les troubles sont variables. DELORE et ALAMARTINE les classent en trois groupes : syndromes gastro-intestinaux, signes d'intoxication générale, signes de stase cæeco-colique.

b) *Forme appendiculaire.* — Ce sont des formes latentes qui se révèlent par une crise d'appendicite aiguë. C'est un des mérites de la chirurgie d'avoir fait connaître ces formes.

c) *Forme occlusive.* — La symphyse péritonéale peut se révéler par le classique tableau de l'occlusion intestinale aiguë, subaiguë ou chronique. Les principaux signes, douleurs, vomissements, météorismes, se retrouvent ici avec plus ou moins de netteté.

Formes à manifestations hépatiques.

Ces malades ont l'aspect de pseudo-lithiasiques biliaires et offrent des manifestations cliniques simulant les coliques hépatiques avec douleurs dans l'hypochondre droit et crises parosystiques accompagnées de fièvre, d'état nauséeux et de subictère.

Formes à manifestations gastriques.

Des douleurs apparaissent dans la région épigastrique et deviennent intolérables après les repas; ceci à cause des tiraillements qu'exercent les contractions péristaltiques sur les adhérences.

Formes à manifestation de pelvipéritonite.

La douleur, tantôt fixe et profonde, tantôt lancinante, s'irradie aux lombes et aux cuisses. Les troubles menstruels sont habituels; la palpation est douloureuse. Le T. V. fait reconnaître un utérus fixé par un paramètre dur. Les culs de sac ne tombent pas, mais ont perdu toute leur souplesse (obs. I).

3° Formes associées.

La symphyse du péritoine, surtout lorsqu'elle est d'étiologie tuberculeuse est associée souvent à une atteinte des autres séreuses.

Dans l'observation II nous trouvons associées une symphyse péritonéale et une symphyse pleurale.

M. DUTILLEUL, dans sa thèse, rapporte plusieurs

observations où sont associées symphyses péricardiques, réaction pleurale et péritonéale.

Enfin, il faut se rappeler qu'il existe une forme pleuro-péritonéale de syphilis tertiaire tel le cas rapporté par CHIRAY et JANET en 1921.

4° Formes suivant l'évolution.

Il est des formes aiguës à évolution rapide qui sont le plus souvent mortelles.

Il est à l'opposé des formes à évolution très lente. On a voulu essayer d'expliquer cette différence d'évolution en admettant qu'il s'agissait d'étiologies différentes. Rien ne permet de confirmer une telle conclusion et le problème reste obscur.

CHAPITRE V

Complications

1° Ce sont d'abord des complications bacillaires par atteinte des organes sous-jacents ou voisins : poumon, plèvre, intestin, organes génitaux. On peut avoir une méningite qui est ici caractérisée par son atténuation relative.

L'évolution vers la granulie est très rare sauf en période terminale des formes graves.

La cachexie amyloïde peut se voir, mais seulement dans les formes à suppuration prolongée.

2° *Complications caséeuses.* — L'ouverture de collections caséeuses dans l'intestin produit une brusque évacuation de pus par les selles. Secondairement, la fistule ainsi produite peut s'étendre d'un autre côté et mettre en communication deux anses intestinales. La forme la plus fréquente est la forme duodéno-colique.

L'ouverture à la peau s'annonce par l'apparition d'une tumeur indolente et fluctuante sur laquelle les téguments s'amincissent, rougissent et s'ulcèrent. Cette complications a pour lieu d'élection les régions herniaires (aines, ombilic) et la fosse illiaque droite.

Lorsque l'issue des matières n'est que partielle, lorsque la fistule est étroite et basse, la santé générale peut se conserver assez bonne. Au contraire, dans les anus largement ouverts, siégeant haut sur l'intestin, à évacuation abondante, la dénutrition, l'amaigrissement et l'affaiblissement sont rapides. Dans certains cas, l'infection secondaire ne tarde pas à enlever le malade. Dans d'autres cas, la mort survient simplement du fait des progrès de la cachexie. Elle est précédée souvent d'un œdème blanc et mou des membres inférieurs, d'une albuminurie massive, de température hectique, d'une émaciation squelettique et de phénomènes méningés atténués.

3° *Complications d'ordre fibreux.* — Tous les organes enserrés dans un lacis d'adhérences, étouffés par la sclérose, présentent des troubles fonctionnels qui attirent l'attention.

Les erreurs de diagnostic sont fréquentes du fait que la maladie causale s'efface de plus en plus au profit de la multiplicité des organes intéressés.

D'où la richesse excessive du symptôme dont il devient difficile d'établir l'enchaînement si l'on n'a pas à l'esprit l'idée qu'on se trouve en présence d'une affection pouvant atteindre dans le même temps plusieurs organes différents.

a) *Compressions nerveuses.* — La compression exercée par le tissu fibreux pourra causer des douleurs névralgiques à type intercostal ou crural, rebelles aux anti-nervins. Elles sont variables, tantôt continues, tantôt intermittentes réveillées par les mouvements du

corps, par les contractions de l'intestin, par la palpation profonde.

On pourra voir aussi de la gêne respiratoire et de la dysurie.

Au niveau du diaphragme, le tiraillement des adhérences produira de la toux, une toux sèche et saccadée et du hoquet.

b) *Compressions veineuses.* — Les troubles les plus importants sont produits par une compression de la veine cave inférieure. On assiste au développement d'une circulation veineuse collatérale de suppléance.

Au niveau de l'abdomen, les dilatations vasculaires sont tantôt péri et sus-ombilicales, formant autour de l'ombilic l'aspect particulier de « tête de méduse », tantôt sous-ombilicale surtout.

Au niveau du membre inférieur, on note un œdème malléolaire surtout vespéral, tandis que le malade accuse une sensation de fourmillement, de lourdeur de jambe et parfois de crampes musculaires nocturnes.

GALLAVARDIN a décrit un bruit de rouet qui se manifeste à l'auscultation dans la région épigastrique dans ces cas de compression de la veine cave. La compression veineuse est considérablement augmentée et peut s'élever à 20, 30, 40 et même 50 centimètres d'eau.

c) *Compression des voies biliaires.* — M. Armand DELILLE rapporte un cas où la compression du cholédoque était due à des ganglions tuberculeux sous-hépatiques.

Dans d'autres cas, la gêne apportée à l'évacuation biliaire semble être due à des adhérences sous-hépatiques. Celles-ci, en effet, épaisses et résistantes, enchas-

sent complètement l'organe et l'unissent solidement aux parties qui l'entourent. La vésicule biliaire, ratatinée et sclérosée fait corps avec le bloc de néo-membranes.

On observe fréquemment chez ces malades de petites poussées subictériques. Cependant, de plus en plus, on admet que les phénomènes de compression sont secondaires. Il paraît s'agir plutôt d'un trouble survenu dans le fonctionnement de la glande hépatique au voisinage de l'inflammation du péritoine et peut être sous l'influence même de la cause infectieuse.

La tuberculose du péritoine est en effet souvent associée à des lésions tuberculeuses du foie. Il s'agit de cirrhoses viscérales progressives à marche centripète. Elles constituent des complications particulièrement graves et sont caractérisées par un déclin brusque de l'organe. Il semble probable que la résorbtion lente des toxines tuberculeuses puisse provoquer une sclérose progressive suivant le mécanisme habituel des cirrhoses veineuses. Il faut citer, à ce propos, les expériences récentes de TEDESCHI, qui a produit des lésions hépatiques par injections intra-péritonéales de toxines tuberculeuses.

d) *Compressions gastriques.* — Elles sont dues aux adhérences avec les organes voisins : foie, colon, rate. La douleur sera tantôt diffuse, tantôt localisée. Cette périgastrite offre souvent le tableau clinique de l'ulcus, mais la palpation peut faire sentir l'empâtement de la région et la radioscopie, après insufflation de l'estomac, confirmera la présence de brides et d'adhérences.

A côté, on doit signaler une complication rare signalée par MOUCHET; c'est la compression du pylore par les ganglions caséeux.

e) *Compressions intestinales.* — Elles peuvent être aiguës ou chroniques.

Dans les formes aiguës, la douleur est atroce, renforcée par des crises avec arrêts complet du transit fécal et gazeux. Le malade vomit. L'intensité des symptômes force l'intervention d'urgence.

Les formes chroniques sont marquées par des crises de constipation cédant au bout de quelques jours, mais se reproduisant le plus souvent jusqu'à l'occlusion complète. —

f) Citons enfin les compressions vésicales et utérines produisant de la dysurie, des phénomènes douloureux et des troubles menstruels. Ceux-ci consistent le plus souvent en des périodes d'amenorrhée, rarement de métrorrhagies.

CHAPITRE VI

Diagnostic positif

Nous avons montré la difficulté qu'il y avait à faire le diagnostic de symphyse péritonéale tout au moins au début puisque c'est surtout là qu'il présente de l'intérêt.

Les signes physiques : gâteaux péritonéaux, ascite enkystée, rétraction du ventre, font évidemment défaut. Si l'on ne constate que des douleurs abdominales vagues, des troubles gastro-intestinaux, il est impossible de rapporter à leur cause les signes observés.

A un stade plus avancé le diagnostic devient facile quand le ventre est rétracté en bateau, et qu'à la palpation on sent le peloton intestinal accolé au rachis et à la paroi antérieure.

Mais l'intérêt réside surtout dans le diagnostic de la péritonite fibro-adhésive évoluant vers la symphyse. Or celle-ci reste trop souvent encore une grande difficulté de la clinique. Elle est une de ces affections qui justifient la boutade que se plaisait à lancer le maître Lillois Follet : « Le ventre est une boîte à

surprises ! » En effet, elle réserve un jour ou l'autre au chirurgien une grosse surprise opératoire.

Aussi ne semble-t-il pas arbitraire de parler de diagnostic chirurgical et de le placer en premier lieu. Dans les statistiques, les cas s'avèrent fréquents où, sans l'intervention, le diagnostic n'eut pas été fait.

Cependant, comme nous l'avons développé précédemment, la radiologie est actuellement d'un gros secours au praticien et permettra souvent de déceler l'existence de ces péritonites fibreuses en évolution. Si l'image nous montre accolement des anses intestinales en tuyaux d'orgue, avec ou sans liquide de stase, nous pourrons affirmer, presque à coup sûr, qu'il s'agit d'un processus péritonéal.

Les autres affection sténosantes du grêle dont nous parlerons en discutant le diagnostic différentiel, se traduisent toutes par quelques signes qui leur sont propres ou par une allure clinique particulière.

Pour compléter notre diagnostic nous devrons ajouter à cela les autres signes de compression veineuse, nerveuse, ou viscérales, et parfois un peu d'amaigrissement et de température irrégulière.

CHAPITRE VII

Diagnostic différentiel

Tant par la complexité des symptômes que par la multiplicité des formes, la symphyse du péritoine peut, dans son diagnostic, prêter à de grosses difficultés. Nous aurons à envisager toutes les affections de l'abdomen.

1° *Le cancer du péritoine* est souvent difficile à diagnostiquer. Le sarcome adhère très précocément à l'intestin et se propage aux organes voisins. Le squirrhe forme des placards qui rétractent le grand épiploon et le mésentère.

2° *L'adénopathie mésentérique*, chez l'enfant, atteint parfois un gros volume et s'accompagne de gros signes d'imprégnation tuberculeuse. Elle peut enfin donner lieu par compression ou réactions fibreuse à un syndrome de Kœnig.

3° *Formes frustes d'entérite tuberculeuse.* — M. Le Clerc rapporte l'observation d'un sujet présentant un état douloureux de tension abdominale avec sténose chez lequel il a pu éliminer un processus adhérentiel

4° *Stenoses tuberculeuses de l'intestin.* — Les rétrécissements multiples atteignant le grêle prêtent particulièrement à confusion. Leur évolution est chronique avec signe de Kœnig et coliques de Koberlé.

5° *Sténoses par cancer de l'intestin grêle.* — L'épithélioma surtout provoque l'obstruction intestinale. Il évolue en se fixant aux anses grêles voisines, au colon, à la fosse illiaque, à la paroi abdominale et le processus cancéreux envahit ces organes et ces régions. Pour le diagnostiquer, nous avons les signes de sténose, les signes radiologiques avec anses en tuyaux d'orgue, mais aussi le méloena et l'atteinte précoce de l'état général avec fièvre et anémie marquée.

6° *Péritonite chronique incapsulante.* — D'après MM. WILMOTH et PATEL, la péritonite incapsulante est une péritonite chronique aboutissant à la formation d'une membrane fibreuse, conenneuse, blanchâtre et brillante, qui sépare la séreuse pariétale de la séreuse viscérale, enfermant une plus ou moins grande partie de l'intestin dans un sac cloisonné à l'intérieur.

Ici, le péritoine blanc et épais, peut se cliver. Il n'y a pas d'adhérence entre péritoine pariétal et sac viscéral

7° *Péritonite idiopathique adhésive.* — Bien étudiée par BORKOWSKY, elle ne présente pas de revêtement continu et n'englobe pas l'intestin.

8° *Brides post-opératoires.* — Il semble qu'elles sont dues à une lésion localisée du péritoine et se distinguent aisément des adhérences étendues dues à un processus inflammatoire.

9° *Péritonites plastiques.* — Ce sont des vestiges de réaction du péritoine à une lésion inflammatoire qui sont nettement localisées.

10° *Péritonites apparemment banales.* — Il faut dire que de tels syndromes péritonéaux sont exceptionnels. Leur évolution ultérieure vers la tuberculose finit par révéler souvent leur étiologie véritable.

11° Dans les cas de symphyse à symptomatologie limitée, la difficulté augmente encore et dans bien des cas, nous aurons à éliminer une affection hépatique, uro-génitale, appendiculaire.

12° Enfin, dans certains cas où le météorisme domine, il ne faut pas se laisser induire en erreur par la tympanite hystérique en certaines formes de tympanites, à étiologie complexe, observées surtout pendant la guerre.

CHAPITRE VIII

Diagnostic étiologique

Nous pouvons pratiquement considérer que la symphyse péritonéale a deux étiologies : tuberculose et syphilis.

1° Il faudra fouiller les antécédents personnels susceptibles d'orienter les recherches vers la possibilité d'une manifestation tuberculeuse. Il faudra se garder de négliger les antécédents héréditaires qui, plus ou moins suspects, pourraient donner l'alarme.

2° Au point de vue de l'état actuel, on notera les signes d'imprégnation tuberculeuse : amaigrissement hypotension, poussées fébriles irrégulières. Chez les jeunes femmes, les troubles menstruels, dans bien des cas, précédent les autres symptômes. MOIZARD a insisté sur l'importance de petites atteintes pleurales.

Pour compléter l'examen de la courbe thermique, le malade devra prendre régulièrement sa température et une excellente épreuve sera celle de la marche ou épreuve de KUSS. Pour M. BRODY, elle est d'une grosse

importance, quand les autres signes de tuberculose, asthénie, amaigrissement, sont peu marqués.

3° Restent les examens de laboratoire.

a) *Méthodes directes.* — L'examen du liquide, lorsqu'il en existe un peu, fournit des renseignements intéressants. Mais cette éventualité est rare. En son absence, on peut, après biopsie, pratiquer l'inoculation ganglionnaire au cobaye.

b) *Méthodes indirectes.* — Nous n'insisterons pas sur les différents moyens employés jusqu'ici à la recherche de la tuberculose.

La déviation du complément, le pouvoir bactéricide du sérum de Paul COURMOND, la vitesse de sédimentation des globules rouges, la séro-floculation de VERNES, la culture des humeurs sur milieu de LOUVENSTEIN — ajoutés à la plus ancienne des méthodes, la cutiréaction de Von PIRQUET —, constituent un précieux « clavier sérologique ».

En ce qui concerne le diagnostic des symphyses syphilitiques, nous pourrons dire, avec de nombreux auteurs qu'il est à peu près impossible. La R. W. même si elle est positive, n'infirme pas nécessairement la nature tuberculeuse de l'affection. La recherche des antécédents pourra parfois nous guider. Il faut se souvenir que la syphilis touche le plus souvent, de façon précise, le péritoine hépatique. L'épreuve thérapeutique semble constituer le moyen de diagnostic le plus sûr.

CHAPITRE IX

Traitement

A. — **Symphyse tuberculeuse.**

1° *Thérapeutique générale.* — Le repos doit être absolu chez les sujets fébricitants. Pour M. Savy « l'immobilisation du péritoine est aussi nécessaire que l'immobilisation des articulations et du poumon atteint de lésions tuberculeuses ».

L'alimentation sera relativement copieuse.

Pour les médicaments, Bastide et Bonnamour considèrent que les injections de calcium sont des adjuvents utiles. Elles entraînent un relèvement de l'état général et jouent aussi un rôle anti-spasmodique. Le sérum de Jousset a peu de partisans.

2° *La médication symptomatique*, par contre, devra être largement utilisée. Contre la douleur, nous emploierons les compresses chaudes, les médicaments analgésiques et anti-spasmodiques : aspirine, belladone, atropine, morphine.

Les injections d'éther benzyl-cinnamique, faites chaque deux jours seront également utiles surtout dans les formes avec syndrome de Kœnig.

Contre la diarrhée, les préparations bismuthées seront préférables aux opiacés et nous pourrons aussi employer le stovarsol.

3° *Traitement médical.* — a) *Héliothérapie.* — Elle peut se faire à la mer ou à la montagne. Certains malades supportent bien des cures longues; d'autres, manifestent dès le début, des signes d'intolérance.

Il faut suivre les malades et surveiller leurs réactions qui doivent faire modifier la posologie de la cure solaire. BRODY, dans sa thèse, en a précisé la technique. Elle doit porter sur tout le corps pour avoir toute son efficacité, mais l'exposition totale ne doit être atteinte que graduellement.

b) *Actinothérapie.* — Elle doit être administrée à doses faibles. Les résultats sont plus rapides que dans l'héliothérapie, mais les rechutes semblent plus fréquentes.

4° *Traitement chirurgical.* — TÉMOIN, en 1922, s'est déclaré un chaud partisan de ce traitement dans n'importe quelle forme de tuberculose péritonéale.

La laparatomie peut être simple et souvent on note une action d'arrêt indéniable sur l'évolution locale et même générale. Le mécanisme de cette action nous échappe.

L'intervention peut aussi être associée à l'héliothérapie ou l'actinothérapie suivant la méthode de TÉMOIN.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique chirurgicale se trouve limitée par la difficulté opératoire même, créée par la symphyse. Le chirurgien se trouve en présence

d'un bloc adhérentiel accolé à la paroi abdominale où il devra se diriger un peu en aveugle.

Néanmoins, l'occlusion aiguë, le phlegmon pyo-stercoral restent des indications majeures de la cure chirurgicale ainsi que plusieurs syndromes aigus comme l'appendicite, l'annexite, la cholécystite.

B. — Symphyse Syphilitique.

Avant tout son traitement doit être médical. Tous les traitements anti-syphilitiques ont été essayés. Ils réservent beaucoup de déception et bien souvent, s'ils peuvent enrayer le développement de l'affection, ils ne font pas régresser les lésions.

Si les troubles et les douleurs persistent, la question du traitement chirurgical s'impose, mais les mêmes difficultés que précédemment se retrouvent ici.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie par Monsieur le Professeur DIEULAFÉ)

Il s'agit d'une femme qui a un long passé intestinal : douleurs, constipation, phénomènes à prédominance pelvienne, stérilité.

Ce sont ces phénomènes qui l'amènent à la consultation.

Comme signes fonctionnels, elle a des douleurs constantes au moment des règles. Elle ne présente pas d'hémorragies, mais au contraire des règles peu abondantes.

Signes physiques : A la palpation on trouve une tuméfaction mal délimitée et de petit volume dans la région hypogastrique.

Le toucher vaginal montre un utérus petit et peu mobile. Les culs-de-sac sont peu dépressibles. On trouve à droite une masse anormale de consistance molasse et douloureuse.

Signes généraux : La malade accuse depuis quelque temps un amaigrissement progressif avec de temps à autre de petites fébricules.

Elle souffre constamment, est frappée par son état général mauvais, sans asthénie, et réclame un soulagement.

La masse annexuelle et les troubles généraux font porter le diagnostic d'annexite bacillaire. Une intervention paraît être le seul moyen de voir les lésions et si possible de les traiter.

La laparatomie sus-ombilicale offre dès les plans musculo-aponévrotiques une surprise assez désagréable. Il n'est pas possible de pincer les membranes péritonéales et l'incision prudente que l'on peut habi-

tuellement faire grâce à ce pli ainsi isolé de la masse intestinale est ici impossible.

On doit alors érailler progressivement le péritoine, mais malgré son insistance tenace, la cavité péritonéale ne peut être découverte. Les anses intestinales apparaissent agglutinées entre elles et accolées à la paroi antérieure. L'exploration de l'abdomen semble impossible.

Nous nous obstinons pourtant et parvenons à séparer les unes des autres et de la paroi les anses intestinales, à les soulever et à découvrir ainsi la région pelvienne. Au cours de cette laborieuse désagglutination nous découvrons sur la droite une masse comparable par sa couleur et sa consistance à du mastic. Elle ne semble pas avoir de membrane propre et paraît être logée directement entre les anses. Il est assez simple de l'en extraire. Elle paraît être du caséum concrété comme on en observe dans les vieilles lésions tuberculeuses.

Les trompes découvertes présentent des lésions inflammatoires et adhérentielles telles que, malgré les difficultés particulières ici, leur exérèse doit être pratiquée et être menée à bien. Un méchage de la loge pelvienne termine l'intervention.

Suites parfaites. Guérison définitive.

OBSERVATION III résumée

(Recueillie par G. CLARET dans le service du Professeur DALOUS et citée dans sa thèse)

Femme de 57 ans se présentant avec le diagnostic probable de pleuro-péritonite tuberculeuse. Elle est pâle, amaigrie. Matité à la base pulmonaire droite. Abdomen météorisé sans liquide. Température à 38°.

L'amaigrissement s'accentue, l'abdomen est de plus en plus météorisé avec quelques douleurs. Pouls à 150 pulsations. Un foyer pulmonaire se constitue. Au bout de quatre mois la malade meurt.

A l'autopsie, on trouve une double symphyse pleurale avec foyer tuberculeux. La masse intestinale ne constitue qu'un bloc; les anses sont adhérentes, englobées dans du tissu plastique d'où il faut les sculpter.

OBSERVATION III

(Recueillie par le Docteur LAURENS).

Résumé. — Il s'agit d'une femme de 28 ans présentant une occlusion aiguë. Intervention d'urgence. La cavité péritonéale ne peut être découverte. Les anses intestinales sont agglutinées. Tentative de libération des adhérences; blessure de deux anses grêles. L'une est suturée, l'autre ouverte à la paroi. Fistule persistante.

Réintervention un an et demi après. On trouve une cavité libre; il n'y a plus d'adhérences.

Suppression de l'anus artificiel. Guérison.

CONCLUSIONS

Il est nécessaire d'attirer l'attention sur cette affection grave qu'est la symphyse du péritoine. Elle représente un des stades terminaux de la péritonite fibro-adhésive, aussi est-ce grâce à un diagnostic précoce que l'on pourra obtenir de bons résultats thérapeutiques.

1° La symphyse du péritoine est occasionnée par une infection atténuée siégeant au niveau du péritoine. Les deux causes principales sont la tuberculose et la syphilis.

2° Elle est caractérisée par la formation d'un tissu fibreux reliant les anses intestinales, diminuant leur mobilité, les soudant à la paroi, englobant les viscères voisins et gênant leur fonctionnement.

3° Les lésions diffuses s'accompagnent de troubles fonctionnels plus ou moins marqués et de troubles de l'état général. Le plus souvent ce sont des troubles dys-

peptiques gastro-intestinaux allant de la constipation au petit ileus et même l'occlusion intestinale.

Parfois ce sont des troubles variés en rapport avec les différents organes touchés par la sclérose.

4° Etant donné le polymorphisme clinique et évolutif de cette affection, les formes cliniques peuvent varier à l'infini.

Nous pouvons cependant distinguer des formes suivant l'étiologie, suivant la symptomatologie, suivant l'évolution et des formes associées à des symphyses pleurales ou péricardiques.

5° Cette affection évolue parfois vers un processus ulcéro-caséeux, provoquant des abcès froids qui s'ouvrent dans l'intestin ou à la peau. Le plus souvent elle évolue vers une extension du processus fibreux produisant alors des compressions veineuses, nerveuses ou viscérales.

6° Le diagnostic est souvent difficile précisément à cause de la symptomatologie excessivement variable. Il doit toujours s'appuyer sur l'examen radiologique qui montre souvent des images de rétentions en nid de pigeon avec niveau liquide horizontal, étagées dans l'abdomen. Le diagnostic différentiel en est délicat.

Les méthodes biologiques — cuti-réaction, déviation du complément par la méthode de BESREDKA, vitesse de sédimentation, B. W., etc. — permettent de compléter le diagnostic étiologique.

7° Le traitement sera d'abord médical : spécifique, diététique, climatique ou physique (héliothérapie, actinothérapie), suivant les cas.

Le traitement chirurgical pourra être appliqué, mais il le sera surtout après échec du traitement médical et par urgence, en cas de troubles fonctionnels graves ou d'accidents aigus.

Le Président de la Thèse,
BOULARAN.

Vu : *Le Doyen,*
J. CALVET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 25 octobre 1946,
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

AVAREZ (Walter C.). — *Journal of The American Medical Association.* (Février 1927).

DELILLE (Armand). — La forme anascitique de la péritonite tuberculeuse. (*Presse Méd.*, 15 mai 1913).

ACHARD. — La péritonite tuberculeuse. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1925).

AIMES. — L'occlusion intestinale au cours de la tuberculose péritonéale. (*Revue de Chirurgie*, 1920).

BÉRARD et IMBERT. — La péritonite tuberculeuse de l'adulte. (*Montpellier Médical*, tome XIII, n° 5).

BRODY. — Conception moderne de la péritonite tuberculeuse et de son traitement. Héliothérapie ou laparatomie. Résultat d'une enquête internationale. (Thèse, Paris, 1926).

BRIZARD. — Lésions anatomo-pathologiques au cours de la syphilis viscérale. (Thèse, Paris, 1918).

BROCA. — Péritonite tuberculeuse. (*Soc. de Chirurgie*, 1897-98).

BRODY (Ch.). — Conceptions modernes de la péritonite tuberculeuse. (Thèse, Paris, 1926).

BROUARDEL et GICERT. — Maladies du péritoine.

CLARET (G.). — Contribution à l'étude de quelques formes de péritonite tuberculeuse fibro-adhésive. Thèse, Toulouse, 1931-32).

CHIRAY et JANET. — Pleuro-péritonite subaiguë de la syphilis tertiaire. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 15 avril 1921).

CORONAT (A). — Appendicite et péritonite tuberculeuse. (Thèse, Toulouse, 1940).

CADE et MORENAS. — Rôle de la syphilis dans l'étiologie des péri-viscérites. (*Journal de Médecine*, Lyon, juin 1922).

CHARAPONOWSKI. — Les périléites adhésives chroniques primitives. (Thèse, Paris, 1929).

CASTAIGNE, D'OELSNITZ, LERICHE. — La cure solaire. (*Journ. Méd. Française*, novembre 1913, n° 11).

CORNU. — Contribution à l'étude du sarcome primitif du jéjuno-iléon.

CLOG (Louis), WILLEMIN et ARTS (Fr.). — Les formes anatomo-cliniques de la péritonite tuberculeuse du nourrisson. (*Revue Française de Pédiatrie*).

COURTOIT, SUFFIT et GIROUX. — Cirrhose du foie avec ascite, péritonite E suivie de guérison. (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 25 janvier 1919).

DAVIOT. — Stade radiologique de la tuberculose intestinale. (Thèse, Paris, 1924).

DAVIGO. — La péritonite E et ses formes cliniques. (Thèse, Paris, 1925).

DUTILLEUL (A.). — Contribution à l'étude de la péritonite tuberculeuse de l'adolescent, à symptomatologie aiguë simulant l'appendicite.

DIEULAFÉ (R.). — Occlusions intestinales par brides pathologiques. (*Toulouse Médical*, nov. 1944).

DALOUS et LAPORTE. — Péritonite tuberculeuse à forme appendiculaire. (*Toulouse Méd.*, 1920-21).

FORGUE, LAPEYRIE et LONJON (P.). — Péritonite tuberculeuse révélée par une crise aiguë. Traitement par créosote et le naphtol camphré. (*Soc. des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*).

FORGUE. — Dans *Précis de Pathologie Externe*, t. II.

FOURNIER. — *Traité de la syphilis*, tome II.

GIRET. — Formes cliniques de l'occlusion intestinale incomplète. (Thèse, Paris, 1909).

GAUDIER (E.) et CREANCIER. — Péritonite bacillaire opérée, récidive, guérison par les U. V. (Réunion Méd. Chir. des Hôpitaux de Lille, 16 mars 1925).

GAILLARD. — Périsigmoïdite. (*Gazette des Hôpitaux*, 1917).

HARTMANN et DELILLE (A.). — Péritonite tuberculeuse guérie par l'héliothérapie dans les faubourgs de Paris. (*Bulletin et Mém. Société de Chirurgie*, t. XLVII, n° 26).

LANCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis, 1866.

LE GAC (P.). — Tuberculose péritonéale consécutive à une perforation de tuberculose de l'intestin grêle en péritoine libre. (*Bull. et Mém. Sociétée des Chirurgiens de Paris*, 2, 298-300, 20 Mai 1932).

KERN (Fanny). — Etude clinique de la péritonite tuberculeuse dans la petite enfance. (Thèse, Paris, 1936).

LECOINTE (P.). — Contribution à l'étude des rapports de la péritonite tuberculeuse et de la puerpéralité.

LÉON (Emile). — Contribution à l'étude du traitement de la péritonite tuberculeuse. (Thèse, Paris 1926).

LEJARS. — (*Société de Chirurgie*, 1896-98).

LETULLE. — Péritonite syphilitique. (*Presse Médicale* n° 52, 1918).

LE CLERC. — (*Presse Médicale* du 22 août 1931).

LÉON. — Contribution à l'étude du traité de la péritonite tuberculeuse. Résultats obtenus par les Rayons U. V. (Thèse, Paris, 1926).

LABBÉ et VITRY. — Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. (*Path. Méd.*, tome 6, pages 635-664).

MIGNOT et MOLLARD. — (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*. 25 avril 1938).

MARFAN. — La péritonite tuberculeuse chez les enfants. (*Presse Médicale*, 1894, pp. 131, 155. 261).

MARVARD. — L'actinothérapie et la roengenthérapie des péritonites tuberculeuses. (Thèse, Paris, 1926).

MOTHAY. — Contribution à l'étude des péritonites encapsulantes. (Thèse, Paris, 1927).

MACAIGUE. — Les péritonites chroniques. (*Nouveau Traité de Médecine Roger-Widal-Teissier*).

MOIZARD. — Péritonite tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite. (*Journal des Praticiens*, 1900).

MURCHISON. — Affection tuberculeuse du foie, du péritoine et de la dure-mère. (The Lancet, 30 Nov. 1804).

POSIN (David). — De l'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. (Thèse, Paris, 1913-1914).

PIQUET (G.). — De la symphyse du péricarde. (Thèse, Lyon, 1938-39).

PORTAL. — *Anatomie Médicale. Ulcération du péritoine*, 1805.

PÉHU et BONAFÉ. — Péritonites tuberculeuses chez les nouveaux-nés. (*Lyon Médical*, 10 juin 1922).

PAROT. — Leçons cliniques. (*Progrès Médical*, 1878, pp. 873-74).

POULIN. — Etude sur les atrophies viscérales consécutives aux inflammations chroniques des séreuses. (Thèse, Paris, 1870).

ROLLIER (A.). — L'héliothérapie de la péritonite. (*Congrès International d'Actinologie*, Paris 22-29 juillet 1929).

ROLLIER et LEUBA. — Le traitement hélio-climatique de la péritonite bacillaire. (*Montpellier Médical*, t. XIII, n° 45, pp. 317-329).

SICARD, ROBINEAU et LECHTIVITZ. — Ombres radiologiques de la pelvipéritonite tuberculeuse. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, Paris, 1926).

SAVARY. — Le traitement de la péritonite tuberculeuse aiguë doit-il être médical ou chirurgical ? (Thèse, Lille, 1919-20).

SAVY. — (*Journal de Médecine de Lyon*, juillet 1922).

SÉZARY et RENAUT. — Péritonite chronique syphilitique. (*Bulletin Médical de l'Algérie*, 1890).

TÉMOIN. — Traitement chirurgical de la tuberculose péritonéale. (*Acad. de Méd.* Bulletin n° 32, oct. 1922, p. 116 et *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 10 juillet 1923).

TÉMOIN (M.). — Laparatomie et héliothérapie combinées dans le traitement des péritonites tuberculeuses. (*Soc. de Chirurgie*, 4 juillet 1923).

TUSSAU. — Péritonite tuberculeuse. (*Renaissance Méd. Chir.*, décembre 1926).

TAPIE et MOREL. — Dans *Précis d'Anatomie Pathologique*.